

Generali Vida Fácil

Condiciones Generales y
Condiciones Generales Específicas



GENERALI
Seguros



Índice

Cláusula Informativa	1
Capítulo I. Garantías del Seguro	3
Garantía Principal	7
Garantía Complementaria	7
Capítulo II. Siniestros	8
Capítulo III. Condiciones relativas al Contrato de Seguro	13
Capítulo IV. Riesgos Extraordinarios	19
Anexo I. Garantía Adicional Servicio Segunda Opinión Médica	22

Cláusula Informativa

La presente INFORMACION es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 104 y siguientes del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (R.D. 2.486/98) relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora.

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora

- Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante, se denominará indistintamente, la Compañía, Generali, el Asegurador o la Entidad Aseguradora)
- Domicilio Social, Calle Orense nº 2, MADRID, CIF A.28007268.

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora

Corresponde al Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora y la protección de la

libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual e los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

La Compañía pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Atención al Cliente cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.generali.es. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores, dirigiendo escrito al Servicio de Atención al Cliente. En el escrito deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.

Dirección: Servicio de Atención al Cliente

Calle Orense, nº 2

28020 Madrid

reclamaciones@generali.es

El Servicio de Atención al Cliente, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora.

Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en planes de pensiones, Órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

Pº de la Castellana, 44

28046MADRID

www.dgsfp.meh.es/reclamaciones/index.asp

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro queda sometido a la legislación española, y en especial a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), y al Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, rigiéndose por lo establecido en las disposiciones citadas, así como por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato.

CONCEPTOS BÁSICOS Y DEFINICIONES

1. **Tomador:** la persona física o jurídica que asume las obligaciones del Contrato -salvo aquéllas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado y que juntamente con la Entidad Aseguradora, suscribe el contrato.
2. **Entidad Aseguradora:** GENERALI ESPAÑA S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Madrid, Calle Orense número 2, quien asume el riesgo contractualmente pactado.
3. **Asegurado:** la persona física sobre cuya vida se estipula el Seguro. El Asegurado puede, si así lo desea, asumir los deberes y obligaciones que, en principio, corresponden al Tomador.
4. **Beneficiario:** cada una de las personas, físicas o jurídicas, que, designadas por el Tomador, son titulares del derecho a percibir la indemnización.
5. **Póliza:** el documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Capítulo I. Garantías del Seguro

Artículo 1.º Resumen de Garantías del Seguro.

Se podrán seleccionar las siguientes garantías, con las siguientes limitaciones respecto de su contratación:

GARANTÍA PRINCIPAL	CONTRATACIÓN	ARTÍCULO
Fallecimiento	Obligatoria	4.º

GARANTÍA COMPLEMENTARIA	CONTRATACIÓN	ARTÍCULO
<ul style="list-style-type: none"> • Anticipo del capital de fallecimiento por Incapacidad permanente y absoluta. 	Opcional Como máximo el 100% del capital	5.º

GARANTÍA ADICIONAL		ARTÍCULO
<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Segunda Opinión Médica en caso de Enfermedad Grave, Crónica o Degenerativa 		Anexo I

Las garantías efectivamente aseguradas deben figurar expresamente como tales en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 2.º Objeto del Seguro

El presente contrato tiene por objeto la cobertura de los riesgos estipulados en las Condiciones Particulares GENERALI ESPAÑA se obliga mediante el cobro de la prima al pago de las prestaciones convenidas para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo se encuentre cubierto por la póliza.

La cobertura de riesgos puede limitarse a la garantía principal o, comprendiendo ésta, extenderse también a las garantías complementarias que se detallan en los artículos 4.º y 5º inclusive, siempre que las mismas hayan sido efectivamente contratadas.

De entre las garantías que se detallan en los artículos 4.º y 5º inclusive, GENERALI ESPAÑA solo cubre aquellas que hayan sido pactadas en las Condiciones Particulares de la Póliza y por las que el Tomador haya pagado efectivamente la correspondiente prima.

Artículo 3.º Cláusula General de Riesgos Excluidos de Cobertura

Sin perjuicio de los siniestros que den lugar a indemnización por parte del Consorcio de Compensación de Seguros, quedan excluidos de cobertura por este contrato de seguro y para todas las garantías contratadas, los siniestros que sean consecuencia de lesiones, enfermedades físicas o psíquicas o defectos físicos o psíquicos o accidentes que tengan un origen anterior a la contratación del seguro, sean conocidos por el Asegurado con anterioridad y no hayan sido declarados al contratar el mismo.

Así mismo con independencia de las garantías contratadas, quedan excluidos de esta cobertura aquellos siniestros producidos y que tengan su origen o sean consecuencia, directa o indirecta, de:

- a) Participación directa del Asegurado en guerra civil o internacional que se desarrolle en territorio nacional o extranjero, así como las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social, así como los riesgos de guerra, invasión, hostilidades u operaciones o conflictos bélicos o armados (con o sin declaración oficial de guerra) y actos de enemigos extranjeros y guerra civil.
- b) Accidentes ocurridos en aparatos de navegación aérea o submarina en los que el Asegurado ejerza de piloto o tripulante o en aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros.

Accidentes sufridos cuando el Asegurado viaje en:

- b.1) Aeronaves de su propiedad.
- b.2) Aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros.
- b.3) En cualquier tipo de Aeronaves en calidad de miembro de la tripulación, inclusive los militares en acto de servicio cuando se trate de Aeronaves propiedad del Estado.
- c) La práctica como profesional de cualquier actividad deportiva, incluidas sus correspondientes pruebas de entrenamiento.
- d) Deportes aéreos en general.
- e) Los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante:
 - La práctica de esquí de ruta fuera de pistas o instalaciones, esquí acrobático, bobsleigh, alpinismo, escalada, espeleología, inmersión subacuática

a más de 20 metros de profundidad, caza mayor fuera del territorio español, polo, rugby, hockey en sus distintas modalidades, puenting, rafting, barranquismo, hidrospeed, lucha en sus distintas clases, boxeo, y artes marciales así como cualquier otro de similar peligrosidad.

- La práctica de cualquier deporte que implique la utilización de vehículos a motor.
 - La participación en lidias o tentaderos y encierros de reses bravas.
- f) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como las derivadas de la participación de éste en actos delictivos, apuestas, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- g) Las enfermedades que sobrevengan al Asegurado como consecuencia del consumo de alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente. Los accidentes sufridos por el Asegurado que tengan su origen o que se hayan ocasionado como consecuencia del estado de embriaguez del mismo en el momento del accidente; esto es, cuando su grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa vigente en cuanto a los accidentes de tráfico y seguridad vial, o como consecuencia de los efectos en el Asegurado de drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- h) Accidentes ocurridos siendo conductor el Asegurado y careciendo del permiso legal de conducir correspondiente al vehículo utilizado.
- i) Los derivados de la energía nuclear, así como riesgos nucleares o atómicos, fisión o fusión nuclear, reacción o radiación nuclear y contaminación radioactiva.
- j) Epidemias o Pandemias oficialmente declaradas.
- k) Los calificados como extraordinarios según la legislación del Consorcio de Compensación de Seguros, así como los riesgos excluidos y los que den lugar a indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- l) Los siniestros causados intencionadamente por el Asegurado, sin perjuicio de lo indicado en el Artículo 4.2a) y 15.3b).
- m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de “catástrofe o calamidad nacional”.

- n) **Los siniestros producidos por la llegada del Asegurado a un país en situación de guerra, invasión, insurrección, hostilidades u operaciones o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente, conlleva la exclusión total de todas las coberturas sea cual sea la causa del siniestro.**

De igual modo, quedan excluidos de cobertura aquellos siniestros específicamente señalados para cada garantía en los artículos 4.º y 5º.

Artículo 4.º Garantía Principal del Seguro. Fallecimiento

4.1. ¿Qué cubre?

- El pago al Beneficiario o beneficiarios designados, del capital fijado en las Condiciones Particulares, al sobrevenir el fallecimiento del Asegurado, si éste ocurre durante la vigencia del Contrato.
- En caso de haberse anticipado una parte de dicho Capital, el pago del Capital por Fallecimiento quedará limitado a la parte no anticipada.

4.2. ¿Qué no cubre?

Queda excluido de esta cobertura, además de todos los siniestros señalados en el artículo 3º el fallecimiento producido por alguna de las siguientes causas:

- a) **Suicidio del Asegurado durante el primer año de vigencia del Contrato. En el supuesto de rehabilitación o incremento no automático de coberturas, el plazo de un año se computará desde la fecha de efectos de la expresada rehabilitación o incremento, afectando en este último caso al incremento.**

Artículo 5.º Garantía Complementaria Anticipo del Capital de Fallecimiento en caso de Incapacidad Permanente y Absoluta.

Se entiende por **Incapacidad Permanente y Absoluta**, la situación física y/o psíquica irreversible determinante de la ineptitud absoluta y permanente del Asegurado para el ejercicio de cualquier actividad remunerada sea o no la habitual o profesional que éste tuviere, provocada por enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia del contrato, con la total independencia de la voluntad del Asegurado.

5.1. ¿Qué cubre?

- El pago anticipado por el importe indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza para esta Garantía Complementaria, del Capital de Fallecimiento, al Beneficiario o beneficiarios designados, siempre y cuando se haya contratado esta Garantía Complementaria, y cuando el Asegurado resulte afecto de una Incapacidad Permanente y Absoluta durante el período de vigencia del seguro.
- El pago anticipado de una parte del Capital de Fallecimiento, por causa de la Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado, supone la reducción proporcional de las prestaciones aseguradas, por la Garantía Principal de Fallecimiento.
- El pago anticipado del total del Capital de Fallecimiento por causa de Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado, producirá la extinción del contrato.

5.2. ¿Qué no cubre?

Quedan excluidos de la cobertura de esta Garantía Complementaria, además de los siniestros indicados en el artículo 3.º los siguientes :

- a) **La Incapacidad Permanente y Absoluta sobrevenida como consecuencia de infección por el virus VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), ó de sus enfermedades asociadas.**

Capítulo II. Siniestros

Artículo 6.º Requisitos necesarios en caso de siniestro

6.1. Garantías de Fallecimiento e Incapacidad Permanente y Absoluta.

En caso de ocurrencia del siniestro del Asegurado, la Entidad Aseguradora pagará en su domicilio social, al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y subsiguientes de la Ley de Contrato de Seguro, la prestación contratada.

En caso de Fallecimiento o Incapacidad, a la declaración de siniestro los Beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

- a) **Certificado de nacimiento o documento acreditativo de la fecha de nacimiento del Asegurado, salvo que ya haya sido aportado.**

- b) En caso de fallecimiento los certificados de defunción.**
- c) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente o fallecimiento por accidente de circulación.**
- d) Informe del médico que lo haya asistido, explicando detalladamente causas y curso de la enfermedad, accidente o lesión que haya provocado la Incapacidad o en su caso, testimonio de las diligencias judiciales.**
- e) Certificación médica o cualquier otro documento con expresión del grado de Incapacidad, que afecta al Asegurado.**
- f) Si el Beneficiario fuera distinto del Tomador, deberá acreditar su personalidad, y aportar carta de pago o, en su caso declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.**
- g) En caso de fallecimiento Carta de pago o declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones, Certificado del Registro de Actos de Ultimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador -si existiese o Acta Judicial o Notarial de Declaración de Herederos abintestato.**
- h) La Póliza y el último recibo de prima satisfecho.**
- i) En el caso de que el Beneficiario sea una Entidad financiera, se deberá aportar la documentación oficial que certifique el importe de la deuda con dicha entidad en el momento del siniestro.**

El eventual estado de Incapacidad, deberá ser valorado y extendida la documentación necesaria en caso de siniestro que se indica en el presente artículo, apartados c), d) y e) anteriores, por facultativos que ejerzan la medicina en España. Los eventuales gastos de transporte para la verificación de la Incapacidad, serán a cargo del Asegurado.

El Asegurado tendrá, también, que proporcionar cuanta información sobre las causas y consecuencias que determinan la incapacidad, le solicite la Entidad Aseguradora y someterse a todas las averiguaciones de carácter médico-sanitario que la misma juzgue necesarias.

Los Beneficiarios deberán justificar su derecho fehacientemente. Todos los justificantes documentales habrán de presentarse legalizados debidamente, en los casos en que fuere preciso.

En el caso de Incapacidad Permanente y Absoluta y ultimados los controles médicos, la Entidad Aseguradora comunicará por escrito, al Tomador, si reconoce o no el estado de Incapacidad Permanente y Absoluta. La comprobación y determinación de la incapacidad se efectuará por la Entidad Aseguradora después de la presentación de la citada documentación.

Si no hubiera acuerdo sobre si la Incapacidad es Permanente y Absoluta, entre la Entidad Aseguradora y el Asegurado, se someterán a la Pericial Contradictoria establecida en estas Condiciones Generales.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la incapacidad manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Hasta el reconocimiento por la Entidad Aseguradora del estado de Incapacidad permanente y absoluta, todas las primas e impuestos repercutibles deben ser regularmente satisfechos, de lo contrario, se aplicarán las disposiciones de las Condiciones Generales del Seguro sobre el pago de las primas.

Sin embargo, el reconocimiento de la Incapacidad Permanente y Absoluta, si procede, tendrá como efecto el momento de la presentación a la Entidad Aseguradora de la declaración de siniestro por escrito del Asegurado.

Una vez reconocida por la Entidad Aseguradora el derecho a la prestación, el Beneficiario percibirá el importe total de la misma.

Artículo 7.º Obligaciones del Tomador, Asegurado, Beneficiario.

Además de lo indicado en el Artículo 6º el Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiarios, una vez ocurrido el siniestro, deben:

a) Deber de declaración:

El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiario, deben comunicar a la Entidad Aseguradora la ocurrencia del Siniestro dentro del plazo máximo de SIETE DÍAS de haberlo conocido, con los efectos previstos en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

b) Deber de información:

El Tomador ó el Asegurado deberá dar a la Entidad Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del Siniestro.

Artículo 8.º Designación y cambio de Beneficiario.

El Tomador del Seguro podrá designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Entidad Aseguradora.

La designación del Beneficiario podrá hacerse en la Póliza, en cuyo caso figurará en las Condiciones Particulares, o en una posterior declaración escrita comunicada a la Entidad Aseguradora o bien en testamento.

El cambio del Beneficiario designado deberá realizarse en la misma forma establecida para la designación.

Si en el momento del fallecimiento o en la fecha de finalización del Contrato no hubiese Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Tomador.

El Tomador del seguro puede revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Artículo 9.º Error en la edad del Asegurado.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del Contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquélla.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Entidad Aseguradora, se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Entidad Aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

Artículo 10.º Pericial contradictoria.

a) Si no hubiera acuerdo sobre si el Siniestro declarado se ajusta a la Garantía contratada; la Entidad Aseguradora y el Asegurado se someterán a la decisión de Peritos Médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos.

- Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito Médico de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.
- b) Si los Peritos Médicos llegan a un acuerdo lo harán constar en acta conjunta en la que se especificarán las causas del Siniestro y si la declaración de Siniestro se ajusta a la Garantía contratada.
 - c) Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer Perito Médico de conformidad, y de no acreditar ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil.
 - d) En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.
 - e) El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de la Entidad Aseguradora y ciento ochenta en el del Asegurado, computándose ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
 - f) Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de la Entidad Aseguradora.

Artículo 11.º Pago de la Indemnización.

En caso de la ocurrencia del riesgo previsto en la Póliza la Entidad Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro la prestación contratada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad Aseguradora deberá pagar o consignar la prestación garantizada y, en todo caso dentro de los CUARENTA DÍAS

siguientes a partir de la fecha de recepción del Siniestro, la Entidad Aseguradora deberá pagar el importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por ella conocidas.

Si, en el plazo de TRES MESES desde la producción del siniestro, la Entidad Aseguradora no hubiere satisfecho el importe de la indemnización por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en el interés legal del dinero incrementado en un 50%; se estará en lo demás a la regulación establecida en la Ley (Art. 20 de la Ley 50/1980 de 8 de Octubre de contrato de Seguro).

Cuando el Beneficiario cause dolosamente la muerte del Asegurado perderá el derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el Patrimonio del Tomador de acuerdo con lo previsto en el Artículo 92 de la Ley 50/1980 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro.

Capítulo III. Condiciones relativas al Contrato de Seguro

Artículo 12.º Bases del Contrato.

12.1. Obligaciones, Deberes y Facultades del Tomador o del Asegurado previas a la contratación.

El Contrato de Seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión no existía riesgo o había ocurrido el siniestro.

12.1.1. El Tomador y en su caso el Asegurado está obligado a comunicar a la Entidad Aseguradora, todas las circunstancias que, según el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La reticencia e inexactitud de las declaraciones del Tomador que influyan en la estimación del riesgo, producirán los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro sin embargo el Asegurador no podrá impugnar el Contrato, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 88 de la Ley

de Contrato de Seguro, transcurrido un año desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término mas breve y salvo que el Tomador haya actuado con dolo.

12.1.2. El Tomador del Seguro podrá reclamar a la Entidad Aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la recepción de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre éste y la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

12.2. Otras obligaciones del Asegurador.

12.2.1. Además de pagar la indemnización, la Entidad Aseguradora deberá entregar al Tomador del Seguro, la Póliza o en su caso, el documento de cobertura provisional que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro.

12.2.2. En caso de extravío de la Póliza, la Entidad Aseguradora, a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar a la Entidad Aseguradora de los perjuicios que le irroque la reclamación de un tercero.

Artículo 13.º Efecto y Duración del Contrato.

13.1. Efecto del Seguro.

Las garantías del Seguro entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Tomador del Seguro haya satisfecho el recibo de prima, salvo pacto contrario recogido en las Condiciones Particulares.

13.2. Duración del Seguro y Prórroga Tácita.

El seguro se estipula por la duración que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza, salvo en el caso de fallecimiento o incapacidad del Asegurado con

anterioridad al vencimiento de dicha duración, en cuyo caso quedará extinguido el Contrato.

Finalizando dicho plazo, el Contrato de Seguro se entenderá tácitamente prorrogado anualmente, hasta la duración máxima pactada en las Condiciones Particulares. El Tomador podrá oponerse a la prórroga tácita del Contrato mediante notificación escrita a la Entidad Aseguradora, efectuada con dos meses de antelación a la fecha de su inmediato vencimiento.

El plazo de duración de las Garantías Complementarias será el plazo de duración del Seguro indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza y **como máximo al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.**

Si la Garantía Principal de Fallecimiento fuera tácitamente prorrogada anualmente al finalizar el plazo previsto de duración, las Garantías Complementarias contratadas se entenderán igualmente prorrogadas de forma tácita. Las prórrogas tácitas anuales no podrán exceder la duración máxima del Seguro establecida en las Condiciones Particulares.

El Tomador podrá oponerse a la prórroga tácita de las Garantías Complementarias, mediante notificación escrita a la Entidad Aseguradora, efectuada con un plazo mínimo de dos meses de anticipación a la fecha en que finalice la duración prevista del Seguro, en su caso, la prórroga correspondiente del mismo.

La Entidad Aseguradora puede condicionar la continuidad de las Garantías Complementarias a que el Tomador acepte una modificación de la Prima de las garantías, por razón de la agravación de la siniestralidad global, de acuerdo con el correspondiente análisis y Nota Técnica para cada una de las Garantías Complementarias. Para ello, la Entidad Aseguradora deberá dirigir notificación escrita al Tomador con un plazo mínimo de cuatro meses de antelación a la fecha en que finalice la duración del Seguro, o la prórroga del mismo, en su caso. El Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de dicha notificación para aceptarla o rechazarla. En caso de aceptación por el Tomador de la modificación de la Prima propuesta, se producirá la reconducción del Contrato con el nuevo precio de las Garantías Complementarias afectadas. En caso de silencio o rechazo del Tomador, la Entidad Aseguradora podrá oponerse a la prórroga anual de las Garantías Complementarias, debiendo notificarlo así al Tomador con un plazo mínimo de dos meses de anticipación a la fecha de vencimiento de las mismas o de su correspondiente prórroga.

El silencio del Tomador, se entenderá como aceptación de la modificación.

La Entidad Aseguradora no puede oponerse a la prórroga tácita de las Garantías Complementarias, excepto en el caso previsto en este Artículo.

No obstante, las **Garantías Complementarias terminan automáticamente** por las siguientes circunstancias:

- a) al concluir, por cualquier motivo la vigencia de la Garantía Principal del Seguro.
- b) al suspenderse el pago de Primas, bien de la Garantía Principal, bien de la Complementaria.

Artículo 14.º Pago de Primas.

14.1. Primas.

El precio del Seguro es la Prima, cuyo importe, junto con sus impuestos y recargos, deberá hacerse efectivo en las condiciones estipuladas en el Contrato de Seguro.

Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual en los plazos y con los vencimientos y condiciones que se establezcan en las Condiciones Particulares.

En caso de siniestro, la Entidad Aseguradora podrá deducir de la indemnización el importe de las fracciones de prima vencidas y no satisfechas por el Tomador del seguro.

El Contrato devengará una prima periódica anual pagadera en sus respectivos vencimientos, mientras viva el Asegurado o como máximo hasta el vencimiento de la duración máxima estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza. La prima anual inicial a satisfacer por el Tomador será la que figure en dichas Condiciones Particulares.

La prima a satisfacer por el Tomador, se modificará en cada aniversario teniendo en cuenta el capital asegurado resultante de la aplicación de los crecimientos, en la forma y porcentaje indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, así como de la nueva edad alcanzada por el Asegurado y su sexo.

Una vez transcurrida la primera anualidad del Seguro, podrá modificarse la cuantía de los Capitales y la forma de pago. El Tomador deberá solicitar la modificación a la Entidad Aseguradora, con al menos **dos meses** de antelación a la fecha en que haya de surtir efecto dicha modificación y siempre haciendo coincidir dicha fecha con el aniversario de la Póliza.

A cualquier incremento en la cuantía anual del compromiso de pago de Primas Periódicas, y por el incremento se calculará según la tarifa en vigor a la fecha de efecto del incremento, y supondrá la modificación de los Capitales Asegurados, cuyo importe se fijará en las nuevas Condiciones Particulares de Póliza.

14.2. Obligaciones del pago de la prima.

De conformidad con el artículo 15 de la Ley del contrato de Seguro:

- a) Si por culpa del Tomador, la primera prima o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza.**

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el Siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su Prima.

- b)** El pago del importe de las primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Mediador de la Entidad Aseguradora surtirá los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a ésta, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la Póliza.
- c)** El pago del importe de las primas efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de la Entidad Aseguradora.
- d)** Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro.

Artículo 15.º Resolución Unilateral del Contrato.

El Tomador tiene la facultad de resolver unilateralmente el Contrato de Seguro dentro del plazo de los 15 días siguientes a la fecha en la que la Entidad Aseguradora le entregue la Póliza o documento de cobertura provisional.

Esta facultad debe ejercitarse por escrito expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esa fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Entidad Aseguradora y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la Prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el Contrato hubiera tenido vigencia.

Artículo 16.º Régimen Fiscal

El Tomador queda obligado a soportar cuantos impuestos puedan gravar las primas de este seguro, que le serán repercutibles por el Asegurador en cada recibo de prima. Asimismo, el Asegurador practicará sobre las prestaciones aseguradas las retenciones que procedan de acuerdo con lo establecido en la legislación fiscal vigente en cada momento.

Artículo 17.º Comunicación entre el Tomador y la Entidad Aseguradora.

Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito. Las dirigidas a la Entidad Aseguradora podrán hacerse, bien directamente a la misma, en su domicilio social o en el de sus Sucursales, o en el del Mediador que intervenga o haya intervenido en el Contrato y cuyo nombre figure en las Condiciones Particulares.

Las comunicaciones hechas por un Corredor a la Entidad Aseguradora, en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo. Asimismo, las comunicaciones que efectúe el Tomador a un Mediador de la Entidad Aseguradora surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a ésta.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán al último domicilio que conozca de éstos.

Artículo 18.º Prescripción.

Las acciones que se deriven del Contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

Artículo 19.º Jurisdicción.

El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en el caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Sobre los pagos efectuados por la Entidad Aseguradora, ya sea en concepto de Capital asegurado, se aplicará la normativa legal y fiscal vigente en cada momento.

Capítulo IV. Riesgos Extraordinarios

A efectos de lo dispuesto en la resolución DGSFP de 27-11-06 (B.O.E. 7-12-2006) se hace constar que la presente póliza queda adaptada a la citada resolución, siempre que en la póliza se encuentren en vigor garantías afectadas por el Consorcio de Compensación de Seguros y condicionado a que el Tomador haya satisfecho el correspondiente recargo a favor del mismo.

Artículo 20.º Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenirla cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

- b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Anexo I: GARANTÍA ADICIONAL

Servicio de Segunda Opinión Médica en caso de Enfermedad Grave, Crónica o Degenerativa

Las Condiciones Específicas siguientes completan las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales.

Serán de aplicación siempre que queden expresamente recogidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo Preliminar. Objeto del Seguro

Por la presente Garantía Adicional de Servicio de Segunda Opinión en caso de Enfermedad Grave, Crónica o Degenerativa, la Entidad Aseguradora garantiza, **de forma gratuita para el Tomador de la Póliza**, la prestación de los Servicios de InterConsultaTM, de BEST DOCTORS® en caso de diagnóstico de enfermedad grave, crónica o degenerativa dentro del plazo de vigencia del Contrato de Seguro.

Artículo 1.º Definición de Garantías

1.1. InterConsulta™.

Servicio de Consultas Médicas Internacionales, en el que se brinda el acceso al Asegurado de la Póliza de Generali Vida Segura de Generali España Seguros, a una Segunda Opinión Médica, sobre patologías médicas, mediante el análisis de toda la información médica y revisión de pruebas complementarias por especialistas de reconocido prestigio/experiencia en cada una de ellas.

Artículo 2.º Definición de Enfermedad Grave, Crónica o Degenerativa.

¿Qué cubre?

A efectos de la presente garantía adicional, se consideran Enfermedades Graves, crónicas o degenerativas aquellas que supongan un peligro para la vida del Asegurado o que afecten sustancialmente la calidad de vida del Usuario, siempre bajo criterio del Departamento Médico de Best Doctors.

Best Doctors ofrecerá el Servicio de InterConsulta para las patologías graves, crónicas o degenerativas según lo indicado anteriormente, incluidas en los grupos descritos a continuación:

- Cáncer
- Enfermedades cardiovasculares
- Trasplante de órganos
- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovascular.
- Enfermedad idiopática de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Esclerosis múltiple.
- Parálisis
- Insuficiencia Renal Crónica
- SIDA
- Enfermedades Inmunológicos
- Oftalmología: cataratas, desprendimiento de retina, glaucoma, trombosis ocular....
- Asma
- Dolor crónico
- Segundas opiniones médicas en Intervenciones Quirúrgicas de gravedad
- Afección Oftalmológica y Otorrinolaringológica con el fin de salvar la vista y el oído

Artículo 3.º Duración. Prórroga tácita

- 3.1. El plazo de duración de esta Garantía Adicional será el plazo de duración del Seguro indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 3.2. Si la Garantía Principal fuera tácitamente prorrogada anualmente al finalizar el plazo previsto de duración, la Garantía Adicional se entenderá igualmente prorrogada de forma tácita. Las prórrogas tácitas anuales no podrán exceder la duración máxima del Seguro establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 3.3. La Entidad Aseguradora puede oponerse a la prórroga tácita anual de esta Garantía Adicional mediante notificación escrita al Tomador con un plazo mínimo de antelación de tres meses a la fecha en que finalice la duración prevista del Seguro, o a la prórroga del mismo, en su caso. La renuncia a la renovación de esta Garantía Adicional no afectará al resto de Condiciones Particulares previstas en la Póliza que continuarán según lo previsto en las mismas.**
- 3.4. No obstante, esta Garantía Adicional termina automáticamente por las siguientes circunstancias:**

3.4.1. Al concluir, por cualquier motivo, la vigencia del Contrato.

3.4.2. Al suspenderse el pago de Primas de la Garantía Principal.

3.4.3. Si no se ha producido con anterioridad la conclusión de la vigencia del contrato, al aniversario de emisión de la Póliza que sigue al 70 cumpleaños del Asegurado.

Artículo 4.º Requisitos para la prestación de los Servicios

InterConsulta: El Asegurado deberá solicitar a través del teléfono **902 33 34 33** la prestación de los Servicios de Best Doctors.

El Servicio de Atención al Asegurado de Best Doctors, le asignará un médico, que le explicará y asistirá en el proceso de solicitud y recopilación de pruebas, ayudará a identificar la información médica y las pruebas complementarias necesarias para responder la InterConsulta, y hará llegar a su domicilio los formularios de solicitud que deberá remitir debidamente cumplimentados al objeto de poder proporcionarle los Servicios de Best Doctors.

Artículo 5.º Riesgos excluidos

¿Qué no cubre?

Se excluye de la cobertura de InterConsulta:

- 5.1. Toda Enfermedad Grave, Crónica o Degenerativa que haya sido diagnosticada, o por la que el Asegurado haya recibido tratamiento o intervención quirúrgica antes de la fecha de efecto del Seguro.**
- 5.2. Toda Enfermedad Grave, Crónica o Degenerativa padecida por el Asegurado debida directa o indirectamente a drogadicción, alcoholismo o tentativa de suicidio.**
- 5.3. Toda Enfermedad Grave, Crónica o Degenerativa no incluida en el Artículo 2º de estas Condiciones Específicas y que no supongan un peligro para la vida del Asegurado o que disminuyan notoriamente su calidad de vida.**

“Best Doctors® y el Logo de Best Doctors son marcas registradas de Best Doctors Inc., en los Estados Unidos y en otros países, y se utilizan bajo autorización.”

Las presentes Condiciones Generales han sido redactadas de forma simplificada para facilitar al máximo su comprensión. Por favor, léalo atentamente y solicite todas las aclaraciones que considere oportuno a su Mediador o en cualquiera de las sucursales de Generali España.

www.generali.es

www.generali.es